

Salud sexual y reproductiva en salud pública: facilidades y barreras en la investigación

De la Oliva-Rodríguez, M. de la Oliva-Rodríguez, V. Ramos-Galindo, D. Ramos-Galindo, E.
"Salud sexual y reproductiva en salud pública: facilidades y barreras en la investigación"

SANUM 2022, 6(4) 62-73

AUTORES

Miguel de la Oliva
Rodríguez

Enfermero. Hospital Uni-
versitario Vall d´Hebron.
Barcelona. España

Víctor de la Oliva
Rodríguez

Enfermero. Hospital Uni-
versitario Vall d´Hebron.
Barcelona. España

Diego José Ramos
Galindo

Enfermero. Hospital Uni-
versitario Vall d´Hebron.
Barcelona. España

Eva Ramos Galindo

Enfermero. Hospital Uni-
versitario Vall d´Hebron.
Barcelona. España

**Autor de
correspondencia:**

Miguel de la Oliva
Rodríguez

Correspondencia:

✉ mariamatronamala-
ga@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Salud Pública.

F. recepción: 23-08-2022

F. aceptación: 03-10-2022

Resumen

La salud sexual y reproductiva se define como el completo estado de bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Los estudios en esta materia son variados, así como el tipo de población femenina utilizada. Por el contrario, la distribución geográfica de las investigaciones se caracteriza por su homogeneidad lo cual dificulta la extracción de resultados extrapolables a todo el continente europeo. Las facilidades en investigación giran en torno a la naturaleza del estudio, formación y preparación de los participantes, estudios de carácter multicéntrico, existencia de estudios piloto, herramientas para la reclutación de muestra y la inclusión de grupo vulnerables y poco estudiados. En cuanto a las barreras, destacar la falta de adherencia y compromiso por parte de los participantes, falta de muestra y tiempo de seguimiento, generalización de resultados y esa homogeneidad en la distribución geográfica anteriormente mencionada.

Palabras clave:

Salud sexual y reproductiva;

Humano;

Femenino;

Adolescente;

Investigación.

Sexual and reproductive health in public health: facilities and barriers in research

Abstract

Sexual and reproductive health is defined as the complete state of physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity, in everything related to the reproductive system, its functions and processes. Studies on this matter are varied, as well as the type of female population used. On the contrary, the geographical distribution of the research is characterized by its homogeneity, which makes it difficult to extract results that can be extrapolated to the entire European continent. The facilities in research revolve around the nature of the study, training and preparation of the participants, multicenter studies, existence of pilot studies, tools for sample recruitment and the inclusion of vulnerable and poorly studied groups. As for the barriers, highlight the lack of adherence and commitment on the part of the participants, lack of sample and follow-up time, generalization of results and that homogeneity in the aforementioned geographical distribution.

Key word:

Sexual and Reproductive Health;
Humans;
Female;
Adolescent;
Research.

Introducción.

La Salud reproductiva fue definida en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” [1].

La salud sexual y reproductiva incluye numerosos problemas de salud entre los que destacan: (1) planificación familiar; (2) el aborto; (3) infecciones de transmisión sexual; (4) SRH (servicios de atención de salud sexual y reproductiva) en adolescentes, siendo SRH salud sexual y reproductiva; (5) detección cáncer de cérvix; (6) mutilación genital femenina; (7) violencia de género y (8) prevención y manejo de la infertilidad. Los objetivos de la SRH son numerosos, aunque los dos principales en torno a los cuales gira dicho concepto consisten en lograr la igualdad de género empoderando a todas las mujeres, así como asegurar y promover una vida saludable para todas las edades [2].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la salud sexual y reproductiva dentro de sus apartados de salud. Resalta la idea de que dicho campo de la salud es muy personal, lo cual explica la dificultad para llevar a cabo una precisa recogida de información. Esto explicaría también las carencias de conocimiento por parte de la población y de servicios en algunos países europeos. La OMS está comprometida a cooperar con los distintos países para evaluar su situación y tomar las medidas óptimas para que sea mejorada. Si bien es cierto que se ha progresado en cuanto a la situación de la salud sexual y reproductiva a nivel internacional, sigue habiendo diferencias considerables en países que pertenecen a una misma región. El Fondo de Población de las Naciones Unidas llevó a cabo un estudio en 2012 de personas que vivían con VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana). Se observó que las necesidades de planificación de las mujeres que vivían con VIH estaban menos cubiertas que las del resto de la población. En 2016 se estableció un plan de acción para disminuir esta insatisfacción por parte de las mujeres que vivían con VIH y desde 2005 se ha visto considerablemente mejorada esta situación en Europa [3].

Según un estudio de las Naciones Unidas sobre la igualdad de género, se han alcanzado mejoras en algunas áreas, ejemplos de estos avances serían la disminución de mutilaciones genitales femeninas o matrimonios en población joven. Sin embargo, la promesa de una “sociedad en la cual toda mujer y niña disfrutará de plena igualdad de género y todas las barreras que impidan su empoderamiento estén eliminadas” aún no se ha cumplido. En la actualidad,

la situación se ha visto considerablemente empeorada con la pandemia de COVID-19 [4]. En el quinto objetivo del Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2020, igualdad de género, se resalta que todavía existe una falta de poder de decisión para las mujeres. Esto se extiende a su propia salud reproductiva ya que poco más de la mitad de las mujeres (55%) deciden sobre su propia salud según información obtenida en mujeres casadas o en unión de 57 países entre 2007 y 2018 [5].

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas han confirmado su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluyendo sus metas diseñadas para garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva (SRH). Aquí se incluyen la planificación familiar, la información y la educación y la integración de salud reproductiva en estrategias y programas nacionales para 2030. De esta manera se garantiza el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos” [6].

Existe una necesidad de contextualizar la situación europea en investigación de SRH en mujeres. De este modo se podrá observar qué zonas geográficas están más implicadas en investigación sexual y reproductiva, así como la influencia de las características culturales, religiosas, económicas o étnicas específicas de cada región. Se podrá observar la similitud o diferencia de las barreras y las facilidades de las distintas investigaciones llevadas a cabo en este ámbito. El objetivo de este estudio es analizar qué facilidades y barreras se aprecian en la investigación en salud sexual y reproductiva en población femenina de Europa.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados. Se ha hecho uso de tres bases de datos, Pubmed, Cinahl y Scopus.

La ecuación de búsqueda empleada ha sido: “Sexual health or reproductive health or srh” and “Human” and “Female” and “Adolescent” and “Research”.

En cuanto a los criterios de inclusión, se incluyeron estudios RCT (randomised controlled trial), artículos de los últimos 5 años, con población femenina como objeto de estudio, escritos en inglés o español y de acceso a texto completo (“free full text”). Se descartaron los artículos que no hubieran sido realizados en Europa y posteriormente aquellos que no estudiaran exclusivamente a población femenina, ya que a pesar de tener “female” como palabra clave, no todos los artículos cumplían este criterio.

Resultados

En cuanto a las bases de datos, se encontraron un total de 520 artículos de los cuales 378 fueron de Pubmed, 9 de Cinahl y 133 de Scopus. Se ha llevado a cabo un diagrama de flujo en el cual se contabiliza el número de artículos encontrados en cada base de datos (Figura 1).

Se sigue un proceso de exclusión en el cual se van descartando primeramente aquellos duplicados y posteriormente aquellos que no cumplan los criterios de inclusión anteriormente especificados en la metodología (Figura 1). Del total de estudios, 25 cumplen dichos criterios. Tras llevar a cabo una nueva revisión de estos artículos se incluyeron 13 en la investigación, debido a que 7 hacen referencia a estudios piloto anteriores a 2016 y 5 eran protocolos de RCT.

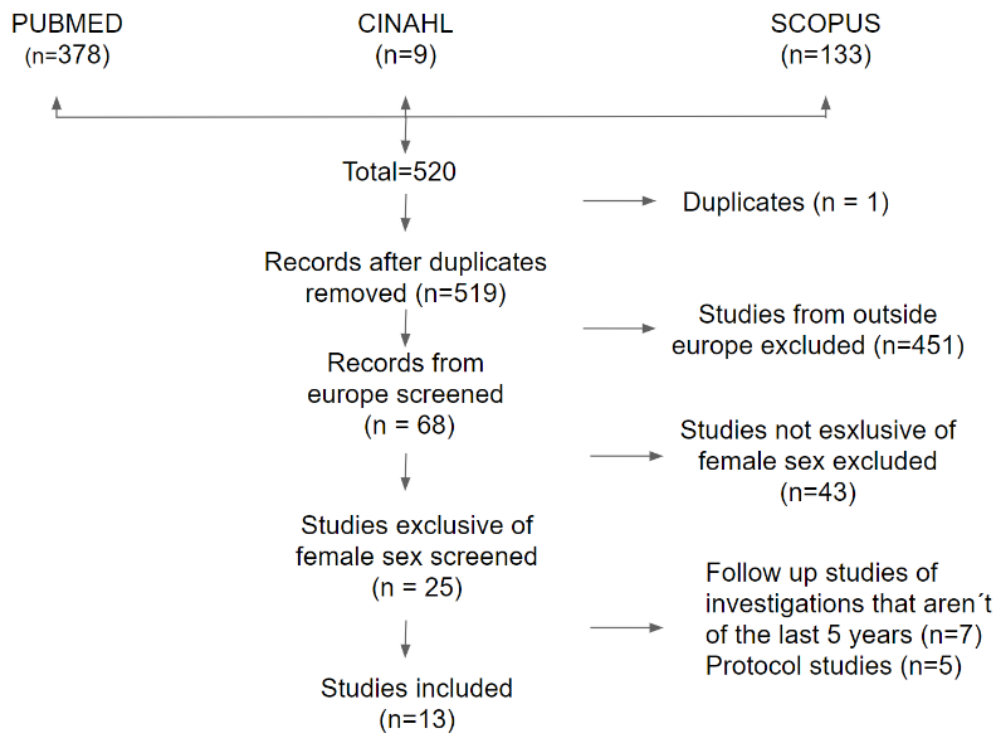


Figura 1: DIAGRAMA DE FLUJO

Base de datos	Total	Fuera de Europa	Europa	Población Europea Femenina	Población Europea masculina
Pubmed	378	331	46	19	27
Scopus	133	112	21	6	15
Cinahl	9	8	1	0	1
Totales	520 (1 duplicado)	451	68	25	43

Del total de los 520 artículos encontrados en las distintas bases de datos, tan solo existe un duplicado. Como se puede observar en la tabla los estudios fuera de Europa son más predominantes que los llevados a cabo en el continente europeo. Lo más destacable de la Tabla 1 es el mayor número de estudios que tienen como muestra a la población masculina por encima de estudios cuya población a estudio sea la femenina. Es notable que, a pesar

de que la SRH afecta mayoritariamente a mujeres, el número de estudios de SRH en población femenina es disminuido.

En la Tabla 2 se describen los artículos que cumplen todos los criterios de inclusión. Se especifica los autores, el año de publicación, el lugar, el tamaño de muestra, el tipo de muestra utilizada y, por último, facilidades y barreras en la investigación.

TABLA 2

Cita	Autor	Fecha	País	Tamaño muestra	Características muestra y tema/objetivo en SRH	Facilidades	Barreras
7	Van dijk et al.	2020	Países Bajos	254	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres (18-45 años). Móvil y acceso a internet. Residencia Países Bajos. Deseo de embarazo o embarazo de menos de 13 semanas. <p>Tema en SRH: Mejora embarazo con alimentación saludable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diseño RCT. Participación limitada para evitar abandonos y aumentar el cumplimiento. Web aumenta tamaño muestra. A pesar de ser exclusivo de población femenina, se apoya en las parejas de la población del estudio. Participantes reclutados de distintos centros sanitarios y no sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de muestra obligó a expandir los criterios de búsqueda. Disminuir número de cuestionarios por riesgo de abandonos. Web solo vía online y en holandés.
8	Horne et al.	2020	UK	306	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres (18-50 años) con dolor crónico durante al menos 3 meses Sin patología pélvica tras laparoscopia. Voluntad para utilizar métodos anti-conceptivos. <p>Tema en SRH: Dolor crónico pélvico en mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del sesgo por aleatorización. Estableció distintas puntuaciones al dolor en lugar de una única puntuación en un instante concreto. Estudio anterior permitió elegir metodología adecuada. Tasa cumplimiento alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Subjetividad del dolor y alteración por menstruación. Dosis de IMP individualizada. Ausencia de participación especialista del dolor. Posible toma sin consentimiento de analgésicos ajenos al estudio.
9	Denison et al.	2020	UK	1107	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres (16 años o más) con retención de placenta. Con incidencia de parto vaginal. Hemodinámicamente estables. Mujeres que dieron a luz con más de 14 semanas de gestación. <p>Tema en SRH: Prevención de la retención de placenta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Variedad de hospitales. Diseño RCT. Diseño secuencial con visitas de control in situ. Inclusión estudio piloto a mejorar. Mujeres comprometidas a estudio. Formación especializada a profesionales implicados en estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> No contestación a los cuestionarios. Redefinición del criterio de inclusión "hemodinámicamente estable".
10	Miller et al.	2019	UK	2772	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres 18-43 años IMC 19-35 kg/m² y concentración FSH determinada. Hombres de 18-55 años sin Vasovasostomía ni tratamiento cáncer últimos 24 meses. Abstinencia sexual 3 días. <p>Tema en SRH: Tratamiento infertilidad con inyección intracitoplasmática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participantes e investigadores enmascarados (no sesgo en asignación de tratamiento). Gran tamaño muestra. 	<p>-----</p>

Cita	Autor	Fecha	País	Tamaño muestra	Características muestra y tema/objeto en SRH	Facilidades	Barreras
11	Sereiny et al.	2019	UK	12	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres (18-50 años). <p>Tema en SRH: Dolor crónico sin patología asociada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de objetivos. Informes claros. Es uno de los primeros en la materia. Puede ser cumplimentado por estudios posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> Bajo tamaño muestra. Resultados poco representativos por la distinta actividad cerebral del paciente. Desconocimiento de la duración de la IMP en cada paciente.
12	Borgen et al.	2019	Noruega	238	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres embarazadas (18 años o más). Menos de 33 semanas de embarazo Glucemia igual o mayor de 9 mol/l 2 horas después de OGT. Entendían noruego, urdu y somalí. Con teléfono móvil. <p>Tema en SRH: Diabetes mellitus gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diseño RCT. Gran tamaño muestra. Gran número de participantes no nativos hablantes de noruego. Diversidad cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> Pocos participantes somalíes y pakistaníes. Imposible analizar estos subgrupos por falta de cuestionarios rellenados en estos idiomas. ¾ mujeres acabaron estudio.
13	Daley et al.	2019	UK	329	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres mayores de edad. Embarazo único. IMC mayor a 18.5 kg/m2. Edad gestacional determinada Tratamiento en los centros de maternidad de Inglaterra. <p>Tema en SRH: Aumento excesivo del peso gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gran porcentaje de participación, resultados representativos. Grupos sociales desconsiderados en investigación: Bajo nivel económico, "non White". Matronas previamente entrenadas para el estudio. Peso minuciosamente estudiado. 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos con menos impacto de lo esperado. Poca participación en la entrega de cuestionarios.
14	Van Dammen et al.	2018	Países Bajos	577	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres 18-39 años. IMC mayor o igual a 29 kg/m2. <p>Tema en SRH: Infertilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Método estadístico capaz de acomodar los datos. Más tiempo para llevar a cabo seguimiento. Actualmente se está llevando seguimiento de 5-7 años. 	<ul style="list-style-type: none"> No fue posible cegar a los participantes.
15	Freemant et al.	2018	Países Bajos	1414	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres sanas >17 años. Planeaban dar a luz vía vaginal. Mujeres con Riesgo obstétrico medio o alto. <p>Tema en SRH: Mujeres con remifentanilo y epidural. Análisis económico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diseño RCT. Participación de 15 centros bien organizados. Aleatorización de las mujeres elegidas y de la comunicación de resultados mejoró la adecuación de la evaluación económica. 	<ul style="list-style-type: none"> Menos de la mitad de las mujeres respondieron cuestionario adicional. Procedimiento analgesia distinto en el resto de países. No representativo. Distintos centros supusieron una variabilidad adicional.

Cita	Autor	Fecha	País	Tamaño muestra	Características muestra y tema/objetivo en SRH	Facilidades	Barreras
16	Van Hoo-genhuijze et al.	2017	Alemania	900	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres 18-44 años. Ultrasonido transvaginal normal. Planean segunda inseminación in vitro con reciente técnica de asistencia reproductiva fallida <p>Tema en SRH: Determinar efecto rascado endometrial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> Heterogeneidad de los resultados. Falta de estudios de temas relacionados como la desinfección con povidona yodada.
17	Abbara et al.	2017	UK	62	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres 18-32 años Alto riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica. FSH menor o igual a 12IU/l IMC corporal entre 18 y 29 kg/m2. Ambos ovarios intactos. <p>Tema en SRH: Mejora de maduración oocito en mujeres con alto riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica.</p>	<p>*****</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solo se realizó estudio con una pauta/dosis del fármaco. Estudio de la maduración del oocito, pero no de la implantación.
18	Van Zijl et al	2017	Países Bajos	960	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres >18 años Embarazo único, longitud cervical mayor de 35mm y edad gestacional 18-22 semanas. Embarazo múltiple, longitud cervical mayor de 38mm y edad gestacional 16-22 semanas. <p>Tema en SRH: Prevención de adversidad perinatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones sencillas. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de estudio conjunto de ambos tratamientos para comparar ambos y extraer ventajas e inconvenientes.
19	Steff C et al.	2016	UK	47	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres 18-50 años. Dolor pélvico localizado dentro de la pelvis verdadera o entre y por debajo de la cresta ilíaca anterior durante más de 6 meses. <p>Tema en SRH: Dolor pélvico crónico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tanto placebo como gabapentina efectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Bajo nivel de reclutamiento. Falta de continuidad de contacto con los participantes, solo 53% a los 6 meses.

SIGLAS TABLA 2

RCT: Randomised controlled trial.

FSH: Hormona folículo estimulante.

IMP: Interventional medicinal product.

OGT: Test de tolerancia oral a la glucosa.

IMC: Índice de masa corporal.

Los estudios en salud sexual y reproductiva son variados. Las tabulaciones de los datos analizados en nuestra búsqueda han permitido llevar a cabo una valoración de las limitaciones y las ventajas que encontramos en investigación, así como la distribución geográfica de dichas investigaciones y el tipo de muestra.

Las mujeres utilizadas en las investigaciones incluidas en las tablas anteriores pertenecen en su mayoría a una franja de edad muy similar que discurre desde los 18 años a los 50 años aproximadamente. Predominan las muestras de mujeres embarazadas o con deseo de embarazo [7, 12, 13, 18].

Otro grupo de mujeres muy abundantes son aquellas que padecen dolor crónico, generalmente pélvico [8, 19]. Destacan también: mujeres con retención de placenta [9], mujeres infértiles [14], mujeres sanas con riesgo obstétrico medio o alto [15], mujeres planeando una segunda inseminación in vitro tras una fallida [16] y mujeres con alto riesgo de padecer síndrome de hiperestimulación ovárica [17].

Algunas de las características específicas de las muestras: IMC, longitud cervical, edad gestacional, voluntad para el uso de métodos anticonceptivos, abstinencia sexual de un tiempo determinado, ultrasonido transvaginal normal... Además, en algunos casos era necesaria la posesión de un teléfono móvil, así como de acceso a internet [7, 12]. En algunos casos era imprescindible el habla fluida de una determinada lengua [7].

Facilidades en la investigación en salud sexual y reproductiva en Europa.

Naturaleza del diseño del estudio

En cuanto a las facilidades encontradas, cabe destacar que en gran parte de los estudios [7, 9, 12, 15] especificaban que el hecho de ser RCT conllevaba numerosas ventajas. El diseño RCT facilitaba la investigación ya que en gran parte de ellos la enmascaración tanto de participantes como de investigadores y la aleatorización de resultados disminuían considerablemente el sesgo en el estudio [8, 10, 15]. Destacar también los óptimos resultados de los diseños secuenciales en los cuales se valora "in situ" con regularidad los resultados de la investigación [9]. Esto permite detener el ensayo si se observan evidencias. El tiempo de seguimiento del RCT supone también un aliado en investigación. En el estudio realizado por Van Dammen et al, con mujeres obesas e infértiles en los Países Bajos, se llevó a cabo un seguimiento de 5-7 años, lo cual potenció el estudio [16].

Formación/preparación de los trabajadores de la investigación de campo

Respecto a los profesionales, el principal punto fuerte es una previa formación orientada al estudio que se va a llevar a cabo [9], por ejemplo, matronas previamente entrenadas [13]. Esta formación es necesaria ya que la SRH aborda temas muy diversos, de ahí la especificidad de los estudios. Cabe destacar también la inclusión en el estudio de profesionales especializados en el dolor [14].

Estudios multicéntricos

Otra ventaja a resaltar es la recopilación de información de distintos centros u hospitales lo cual hace posible que los resultados sean más representativos ya que las características de las muestras y los profesionales que intervienen son de diferentes ámbitos [7, 9, 15]. Un claro ejemplo es la investigación llevada a cabo por Van Dijk et al en los Países Bajos sobre el impacto de la alimentación saludable en embarazadas enriquecido por la reclutación de profesionales tanto de hospitales como de guarderías [7].

Estudios previos/piloto/protocolos de estudio

La existencia de estudios relacionados con la temática supone un apoyo trascendental en investigación. Estudios anteriores (piloto) son los cimientos de gran parte de los estudios en esta materia [8, 9] y juegan un papel fundamental en la elección de una metodología determinada en función de los resultados obtenidos en el pasado. Las investigaciones llevadas a cabo posteriormente sirven como un complemento adicional al estudio [11]. Es por esto por lo que se debe fomentar la investigación en SRH. La variedad de protocolos de estudios realizados en el presente supondrá un apoyo para los que se realicen en un futuro, lo cual potencializará la investigación en SRH.

Herramientas para la reclutación de las mujeres del estudio

Las webs para reclutar participantes son una herramienta muy útil en investigación [7]. En los países desarrollados, con el apoyo en este tipo de recursos se podría combatir una de las principales barreras, la falta de participación de la población. A pesar de este inconveniente, algunos estudios recogidos sí contaban con un tamaño de muestra suficiente [8, 11].

Inclusión de grupos vulnerables/grupos sociales/grupos culturales y población masculina

La diversidad cultural de los participantes [12] y la implicación de grupos sociales pocos estudiados [13] suponían un punto fuerte en investigación, así como la inclusión de participantes no nativos [12], ya que la distribución geográfica de los estudios en Europa es muy pobre.

A pesar de hacer uso de población femenina, los estudios que se apoyaban también en los hombres obtenían resultados adicionales que eran de gran ayuda [7].

Herramientas de apoyo, específicas del estudio

En algunas ocasiones es necesaria la creación de herramientas validadas que faciliten llevar a cabo una determinada investigación. Por ejemplo, en el estudio del dolor, la elaboración de unas puntuaciones del dolor específicas puede ser una solución para disminuir la subjetividad [8]. Se debe elegir también el método estadístico que mejor se adapte al estudio [14]. Si en una determinada investigación la participación de los participantes está comprometida, el escaso número de cuestionarios y las intervenciones sencillas [18] aumentarían el cumplimiento de los objetivos y el abandono será menor. Por el contrario, intervenciones complejas o la sobrecarga de cuestionarios aumentarían el número de abandonos.

Barreras en la investigación en salud sexual y reproductiva en Europa

Las limitaciones en investigación en salud sexual y reproductiva son numerosas, aunque gran parte de ellas tienen que ver con la muestra y la participación de la misma.

Muestra de estudio y seguimiento

La falta de muestra fue el impedimento más predominante en el análisis de los estudios [7, 11, 19] además, a medida que avanzaba el estudio, la participación de las participantes disminuía considerablemente [7, 9, 12, 13, 15, 19], generalmente por un descenso en la contestación de cuestionarios. Esta falta de muestra mencionada, obligó a cambiar algunos aspectos de la metodología, como una redefinición de alguno de los criterios de inclusión una vez empezado el estudio [9].

Generalización de los resultados

Otra barrera a destacar es la falta de representatividad de los resultados. Las razones de este problema son muy variadas: la existencia de un solo idioma en la plataforma digital [7], la subjetividad del dolor, así como la carencia de un especialista del mismo [8], la distinta actividad cerebral de cada paciente [11], pocas participantes de dos de las tres nacionalidades incluidas en el estudio [12], ausencia de cegamiento de las participantes [14], los diversos procedimientos de analgesia existentes en Europa. Todas estas dificultades trajeron consigo que los resultados obtenidos en algunos de los estudios no se asemejaran a los propuestos [13, 16].

Limitaciones relacionadas con los tratamientos utilizados

El medicamento utilizado en investigación IMP (investigational medicinal product) también trajo consigo contratiempos: el desconocimiento de la duración del IMP en el organismo del paciente disminuyó la representatividad de los resultados [11], la pauta individualizada y el estudio de una sola pauta [8, 17]. La carencia de artículos de la materia anteriores supuso también una limitación pues impedía, por ejemplo, la comparación de tratamientos [16, 18].

Falta de adherencia al protocolo de estudio

Otra dificultad a mencionar es la falta de adherencia de las participantes al protocolo metodológico. En gran parte de los estudios se trata el tema del dolor crónico y algunas de las personas integrantes del estudio (tanto del grupo control como del grupo experimental) toma analgésicos externos al estudio sin autorización lo cual altera los resultados [8].

Distribución geográfica en Europa muy localizada

La distribución geográfica de los estudios es muy homogénea. De un total de 13 artículos, tan solo participan 4 países, de los cuales Reino Unido y Países Bajos acogieron 11 de los 13 resultados. En Reino Unido se llevaron a cabo siete estudios [8, 9, 10, 11, 13, 17, 19], en Países Bajos cuatro estudios [7, 14, 15, 18] y los dos restantes, uno en Noruega [12] y otro en Alemania [16]. Tras la contextualización geográfica de la investigación de salud sexual y reproductiva en Europa se reflejó que esta homogeneidad de zonas geográficas disminuye la representatividad de los resultados. Para analizar la afectación que tienen la reli-

gión, la cultura, economía y las distintas etnias en las limitaciones y ventajas en investigación, es necesaria una mayor variedad de zonas geográficas implicadas. Además estos países tienen características poblacionales muy similares ya que están próximos geográficamente unos de otros. Para extraer resultados extrapolables sería necesario adquirir información de estudios de distintos puntos de Europa cuyas características poblacionales difieran entre sí.

Esta distribución homogénea de los estudios en Europa en regiones con unas características poblacionales, culturales, étnicas y religiosas similares impide analizar de manera precisa el impacto de dichas características. La contextualización de la situación europea en investigación de SRH reflejó la escasa implicación de España. A lo largo de la búsqueda de artículos tan solo se encontraron 3 artículos llevados a cabo en España los cuales fueron excluidos al acotar la búsqueda ya que no cumplían todos los criterios de inclusión. Dos de ellos no se centraban en la población femenina y el restante era un protocolo de RCT. En cuanto a la localización geográfica, se llevaron a cabo en las provincias de Andalucía y en Zaragoza [20,21, 22].

Discusión

Con este estudio fue posible recoger y analizar qué barreras y facilidades existen en el continente europeo, no obstante, para llevar a cabo un análisis extrapolable se debe fomentar la investigación de manera que su distribución geográfica sea más heterogénea, siendo así más representativa.

Discussion

With this study it was possible to collect and analyze what barriers and facilities exist in the European continent, however, to carry out an extrapolable analysis, research must be promoted so that its geographical distribution is more heterogeneous, thus being more representative.

Conclusiones

Las facilidades y barreras en investigación de SRH en Europa analizadas en el estudio son muy similares entre sí. En cuanto a las facilidades, están directamente relacionadas con la naturaleza del diseño utilizado, la formación de los profesionales implicados en el estudio, diseño

multicéntrico, existencia de estudios anteriores sobre la materia, inclusión de grupos sociales vulnerables y el uso de herramientas para el reclutamiento de muestra, así como métodos estadísticos o escalas específicas para el estudio. La barrera principal analizada fue la falta de adherencia de los participantes a la investigación. Además de esta limitación anteriormente mencionada, destacar las relacionadas con la duración del tratamiento, falta de muestra, tiempo de seguimiento de los resultados y la homogeneidad de la distribución geográfica.

Conclusions

The facilities and barriers in SRH research in Europe analyzed in the study are very similar to each other. Regarding the facilities, they are directly related to the nature of the design used, the training of the professionals involved in the study, multicenter design, existence of previous studies on the subject, inclusion of vulnerable social groups and the use of recruitment tools, sample, as well as statistical methods or specific scales for the study. The main barrier analyzed was the lack of adherence of the participants to the research. In addition to this limitation mentioned above, those related to the duration of the treatment, lack of sample, follow-up time of the results and the homogeneity of the geographical distribution should be highlighted.

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

No existen.

Publicación

Esta revisión no ha sido presentada en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Conference on Population and Development (ICPD). Cairo. 1994. Available online: <http://www.ipci2014.org/en/node/64> (accessed on 9 September 2020).
2. WHO HRP revised programme budget 2020-2021. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007765>
3. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. Sexual and Reproductive Health. 2020. Available online: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health> (accessed on 15 September 2020).
4. United Nations. The Sustainable Development Goals Report; 20 September 2020. Available online: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (accessed on 20 September 2020).
5. United Nations. The Sustainable Development Goals Report; 20 September 2020. Available online: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf> (accessed on 20 September 2020).
6. WHO Regional Office for Europe Committee. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards Achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe—Leaving No One Behind. 2020. Available online: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexualreproductive-health.pdf?ua=1 (accessed on 22 October 2020).
7. Dijk MR van, Koster MPH, Oostingh EC, Willemsen SP, Steegers EAP, Steegers-Theunissen RPM. A Mobile App Lifestyle Intervention to Improve Healthy Nutrition in Women Before and During Early Pregnancy: Single-Center Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 15 de mayo de 2020;22(5):e15773. Disponible en: <https://www.jmir.org/2020/5/e15773>
8. Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, Middleton LJ, Koscielniak M, Szubert W, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*. 26 de septiembre de 2020;396(10255):909-17. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31693-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31693-7/fulltext)
9. Denison FC, Carruthers KF, Hudson J, McPherson G, Scotland G, Brook-Smith S, et al. Glycerol trinitrate to reduce the need for manual removal of retained placenta following vaginal delivery: the GOT-IT RCT. *Health Technology Assessment [Internet]*. 8 de enero de 2020 [citado 4 de mayo de 2021];23(70). Disponible en: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta23700#/abstract>
10. Miller D, Pavitt S, Sharma V, Forbes G, Hooper R, Bhattacharya S, et al. (2019). Physiological, hyaluronan-selected intracytoplasmic sperm injection for infertility treatment (HABSelect): a parallel, two-group, randomised trial - *The Lancet [Internet]*. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32989-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32989-1/fulltext)
11. Seretny M, Murray S. R, Whitaker L, Murnane J, Whalley H, Pernet C, et al. (2019). The use of brain functional magnetic resonance imaging to determine the mechanism of action of gabapentin in managing chronic pelvic pain in women: a pilot study | *BMJ Open [Internet]*. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e026152>
12. Borgen I, Småstuen M. C, Jacobsen A. F, Garnweidner-Holme L. M, Fayyad S, Noll J, et al. (2019). Effect of the Pregnant+ smartphone application in women with gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial in Norway | *BMJ Open [Internet]*. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e030884>
13. Daley A, Jolly K, Jebb S. A, Roalfe A, Mackillop L, Lewis A, et al. (2019). Effectiveness of a behavioural intervention involving regular weighing and feedback by community midwives within routine antenatal care to prevent excessive gestational weight gain: POPS2 randomised controlled trial | *BMJ Open [Internet]*. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e030174>
14. Van Dammen L, Wekker V, van Oers A. M, Mutsaerts M, Painter R. C, Zwinderman A. H, et al. & LIFEstyle study group (2018). Effect of a lifestyle intervention in obese infertile women on cardiometabolic health and quality of life: A randomized controlled trial [Internet]. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190662>
15. Freeman L, Middeldorp J, Akker E van den, Oudijk M, Bax C, Huizen M van, et al. An economic analysis of patient controlled remifentanyl and epidural analgesia as pain relief in labour (RAVEL trial); a randomised controlled trial. *PLOS ONE*. 11 de octubre de 2018;13(10):e0205220. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205220>

16. Van Hoogenhuijze N. E, Torrance H. L, Mol F, Laven J, Scheenjes E, Traas M, et al. (2017). Endometrial scratching in women with implantation failure after a first IVF/ICSI cycle; does it lead to a higher live birth rate? The SCRaTCH study: a randomized controlled trial (NTR 5342) | BMC Women's Health | Full Text [Internet]. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0378-y>
17. Abbara A, Clarke S, Islam R, Prague JK, Cominos AN, Narayanaswamy S, et al. A second dose of kisspeptin-54 improves oocyte maturation in women at high risk of ovarian hyperstimulation syndrome: a Phase 2 randomized controlled trial. Human Reproduction. 1 de septiembre de 2017;32(9):1915-24. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/32/9/1915/4079653>
18. Van Zijl M. D, Koullali B, Naaktgeboren C. A, Schuit E, Bekedam D. J, Moll E, et al. (2017). Pessary or Progesterone to Prevent Preterm delivery in women with short cervical length: the Quadruple P randomised controlled trial | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text [Internet]. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1454-1>
19. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, Vincent K, Jack SA, Critchley HOD, et al. Gabapentin for the Management of Chronic Pelvic Pain in Women (GaPP1): A Pilot Randomised Controlled Trial. PLOS ONE. 12 de abril de 2016;11(4):e0153037. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153037>
20. Soriano-Maldonado A, Martínez-Forte S, Ferrer-Márquez M, Martínez-Rosales E, Hernández-Martínez A, Carretero-Ruiz A, et al. Physical Exercise following bariatric surgery in women with Morbid obesity. Medicine (Baltimore) [Internet]. 20 de marzo de 2020 [citado 10 de mayo de 2021];99(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7220774/>
21. Muñoz-Fernández N, Ortega-Rivera J, Nocentini A, Menesini E, Sánchez-Jiménez V. The Efficacy of the "Dat-e Adolescence" Prevention Program in the Reduction of Dating Violence and Bullying. Int J Environ Res Public Health [Internet]. febrero de 2019 [citado 10 de mayo de 2021];16(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388360/>
22. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI, Gracia-Pérez ML. Health-related quality of life in young people: the importance of education. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 16 de junio de 2020 [citado 10 de mayo de 2021];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298764/>

¿Tienes experiencia profesional,
pero no sabes como
demostrar tu formación?

FPE FORMACIÓN PROFESIONAL
para el EMPLEO

CERTIFICADOS CUALIFICACIONES CARNÉS 

*¡Acredítate
y demuestra
lo que vales!*